

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 juillet 1900, à 1 heure

Par JACQUES DEBRAY

Né à Bolbec (Seine-Inférieure) le 28 février 1877

SUR LA

FRÉQUENCE DE L'ÉVOLUTION MALIGNE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : } MM. DELENS, professeur.
 } SCHWARTZ et LEGUEU, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

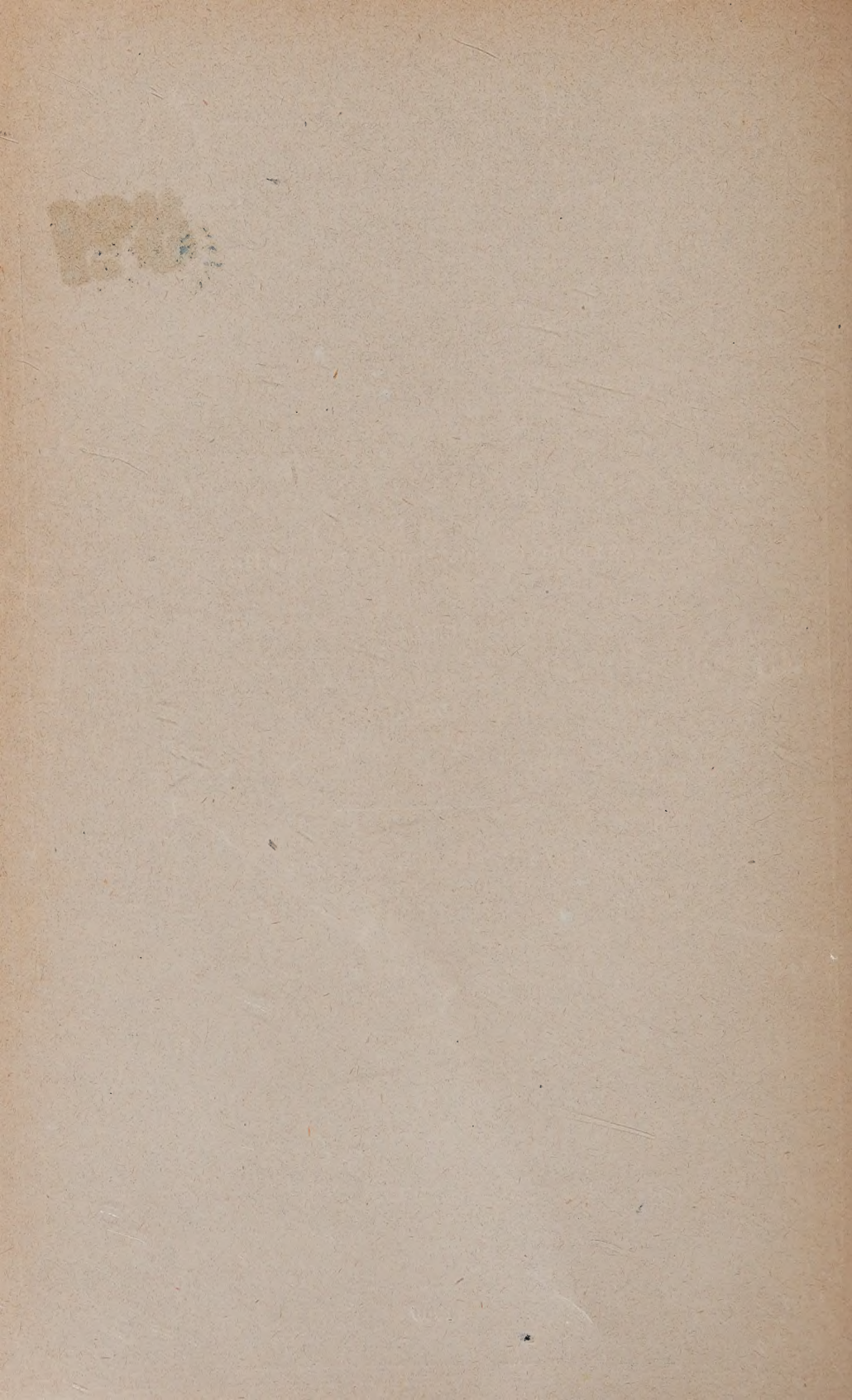
PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

13, rue Racine, 13

1900



521

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PARIS

JOLY ET C^{IE}

198

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 juillet 1900, à 1 heure

Par JACQUES DEBRAY

Né à Bolbec (Seine-Inférieure) le 28 février 1877

SUR LA

FRÉQUENCE DE L'ÉVOLUTION MALIGNE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : } MM. DELENS, professeur.
SCHWARTZ et LEGUEU, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL
Anatomie		MM.
Physiologie		FARABEUF.
Physique médicale		CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale		GARIEL.
Histoire naturelle médicale		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales		BLANCHARD.
		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DEBOVE.
		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BRISAUD.
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agréés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de médecine.

Ancien président de la Société de chirurgie.

Chirurgien de la Charité.

Commandeur de la légion d'honneur.

SUR LA
FRÉQUENCE DE L'ÉVOLUTION MALIGNE
DES
KYSTES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

Malgré de nombreux travaux, la question de la malignité des kystes de l'ovaire est loin d'être résolue.

Les opinions opposées ont successivement prévalu. Et si d'une part les histologistes font rentrer les kystes de l'ovaire dans la classe des épithéliomas, ce qui semble prouver leur caractère malin, d'autre part les cliniciens leur accordent une très grande bénignité.

Dans cette discussion, le dernier mot doit évidemment rester aux cliniciens, mais les résultats vrais étant difficiles à préciser, il leur faudra de longues années d'expérience avant de pouvoir trancher définitivement la question. Aussi nous a-t-il paru bon de la reprendre encore, sous son vrai jour.

Nous n'avons pas cherché à réunir un grand nombre d'observations de kystes de l'ovaire dégénérés, il n'en manque pas. Poupinel en 1886 et Hadjès en 1887, dans leurs thèses inaugurales, en ont réuni un nombre respectable, et depuis il s'en est publié bien d'autres.

Il est bien entendu que les kystes de l'ovaire sont susceptibles d'évoluer comme des tumeurs malignes, mais ce qui est intéressant à connaître, c'est la fréquence de cette évolution. Lorsqu'elle sera bien connue, il sera possible alors de se prononcer sur le caractère de ces tumeurs.

Nous avons examiné diverses statistiques, qui malheureusement, comme toutes les statistiques, sont loin de la vérité, car sans compter les malades qui sont mortes des suites directes de l'intervention, combien sont complètement perdues de vue après leur guérison opératoire ?

Mais parmi toutes ces statistiques, il s'en trouve une, remarquablement éloquente et instructive, c'est celle qui nous a inspiré ce travail et nous a été si obligeamment fournie par notre cher maître, le docteur Cerné, professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Qu'il nous soit ici permis de le remercier pour toute la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Et que tous nos maîtres et professeurs de l'école et des hôpitaux de Rouen sachent l'excellent souvenir que nous emportons de leurs très instructives leçons.

Nous devons remercier tout spécialement notre émi-

nent directeur, M. Brunon, dont la sollicitude ne nous a jamais fait défaut.

Nous avons eu le double plaisir d'être l'externe et l'interne de M. Magniaux à la Maternité de Rouen et nous ne pourrons oublier l'agréable année que nous avons passée comme interne de M. Chaboux.

Nous adressons l'hommage de notre vive et profonde reconnaissance à MM. Olivier, Fr. Hue, Bataille, Martin, Nicolle et Halipré, pour leurs enseignements qui nous furent si précieux, ainsi qu'à MM. Gargam, Lereffait et Cauchois dont nous sommes très heureux d'avoir été l'externe.

Nous sommes profondément touché de l'honneur que nous a fait M. le professeur Tillaux en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Ce n'est guère qu'au xvii^e siècle, peu après la découverte de R. de Graaf (1677), que fut publié le premier travail sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire (Th. Scharkopff. *De hydropse ovarii*, 1685).

Et il faut arriver en 1828 pour entendre Delpech de Montpellier formuler le premier, grâce à la pratique de l'ovariotomie, encore rare en France à cette époque, l'idée d'une analogie entre le cancer et les kystes de l'ovaire.

Mais cette opinion ne fut pas admise par les chirurgiens de l'école anglaise (Clay, Hutchinson, Spencer, Wells) qui continuèrent à considérer les kystes de l'ovaire comme des tumeurs d'une bénignité absolue.

Lorsqu'une récurrence venait à se produire, c'était qu'ils avaient eu bel et bien affaire à un cancer dont la généralisation, inaperçue par eux, était déjà commencée au moment de l'opération.

Quant aux vrais kystes de l'ovaire, ils ne pouvaient donner lieu à de semblables complications.

Toute malade opérée et remise des suites de son opération devait être considérée comme complètement hors de danger.

Mais les ovariectomies se multipliant, il devint évident que, non seulement on constatait des récidives après l'ablation de simples kystes de l'ovaire, mais encore des généralisations et des métastases.

En 1874, le professeur Panas publie dans ce sens une observation typique.

Et en 1884 Bourguelle dans sa thèse inaugurale dit encore :

La dégénérescence cancéreuse a été quelquefois constatée à la suite de l'ovariectomie ; les cas cités sont relativement peu nombreux (2 0/0) ; cette dégénérescence ne nous paraît pas être le résultat de la structure du kyste, mais bien de la diathèse cancéreuse générale, qui peut avoir déjà produit au moment de l'opération des néoformations difficiles à diagnostiquer ».

Bientôt les travaux tendant à démontrer la fréquence de la malignité des kystes de l'ovaire se succèdent.

Poupinel, dans sa thèse inaugurale, en réunit 116 cas. Cohn, de Berlin, peut publier un travail sur 100 observations de dégénérescence, empruntées à la statistique seule de Schröder, chiffre colossal dont nous n'avons pas d'autre exemple.

Puis vient la thèse de Hadjès, apportant encore de nouveaux éléments. Et depuis s'il n'a pas été publié de nouveaux travaux d'ensemble, les observations isolées sont nombreuses.

Mais après cette période qui a suivi les découvertes de Malassez et de Sinéty, le calme est revenu. Et depuis quelques années la question est un peu restée en suspens, à tort nous semble-t-il. Car elle est loin d'être

résolue et les cliniciens, comme nous le disions plus haut, ont quelque tendance à revenir vers cette ancienne opinion, que les kystes de l'ovaire sont des tumeurs bénignes.

Et nous trouvons, dans la dernière édition du grand *Traité de chirurgie* publié sous la direction de MM. Duplay et Reclus, la phrase suivante :

« Les kystes de l'ovaire sont en effet dans la majorité des cas, des tumeurs de nature bénigne et la guérison que donne leur ablation est définitive ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans ce travail nous laisserons de côté :

Les *kystes dermoïdes* purs, dont il n'est actuellement connu que 13 cas de dégénérescence.

L'hydropisie simple des follicules de de Graef, donnant lieu à la formation de tumeurs toujours très petites et passant souvent inaperçues.

Les *kystes hydatiques* de l'ovaire, très rares, qui ne présentent rien de spécial, lorsqu'ils se sont développés dans cet organe, et dont l'histoire bien connue n'a rien à voir avec les dégénérescences.

Et nous nous occuperons seulement de la grande classe des kystes de l'ovaire, désignés sous les divers noms de *kystes pauci-multiloculaires*, *cysto-épithéliomes*, *épithéliomas mucoïdes kystiques* (Malassez), *kystomes* (Waldeyer), *tumeurs enkystées* (Tilt), *kystes prolifères* ou *prolifères* (Pozzi), correspondant tous à la même espèce morbide.

Le type de ces kystes est parfaitement connu et les descriptions ne manquent pas.

De volume très variable, pouvant atteindre des dimensions colossales (Dans l'*American Journal of obstetrics* de 1879, Rodenstein donne l'observation

d'une tumeur polycystique de l'ovaire dont le poids total atteignait 146 livres), ces kystes sont habituellement d'une couleur blanche bleuâtre caractéristique.

La surface externe, généralement bosselée, présente assez souvent un aspect chagriné.

La paroi renferme deux couches (*internal wall et external wall de Wilson Fax*).

La couche externe, très dense, est formée de tissu fibreux, lamellaire, pauvre en éléments cellulaires et revêtue d'un épithélium cubique, différent de l'endothélium plat du péritoine (Pour certains auteurs, cette différence expliquerait la rareté des adhérences dans les jeunes kystes).

Enfin cette couche externe renferme de nombreuses fibres musculaires, surtout au niveau du pédicule.

La couche interne, de couleur jaune safran, très riche en cellules et en vaisseaux, contient un peu moins de tissu conjonctif que la couche externe.

Le revêtement épithélial interne, reposant sur une couche endothéliale, le plus souvent prismatique, peut affecter encore de nombreuses formes (cubique, caliciforme, à cils vibratiles) qui expliqueraient les divers aspects que peut prendre le liquide contenu dans les kystes.

Cet épithélium interne envoie dans l'épaisseur de la paroi, des tubes épithéliaux, simples ou ramifiés, ayant l'apparence des glandes de Lieberkühn, renflés à leur extrémité. Entre ces tubes, le stroma a toutes les ap-

parences du tissu embryonnaire, il existe peu de fibres et beaucoup de cellules.

Entre la couche externe et la couche interne de la paroi des kystes, on trouve une couche moyenne à grandes mailles, servant de charpente aux vaisseaux.

Les artères, affectant une forme hélicine, donnent naissance à des capillaires qui vont se ramifier sous l'épithélium interne. Ces capillaires sont en voie de renouvellement continu. Il s'en forme de nouveaux et les anciens disparaissent, soit par incrustation calcaire, soit par transformation fibreuse, soit par infiltration athéromateuse de leurs parois.

Les veines, occupant la couche externe, sont dépourvues de valvules et rappellent les sinus de la dure-mère. Leur volume est énorme, atteignant souvent le volume du petit doigt. Aussi comprend-on que leur blessure pendant une ponction, puisse devenir dangereuse.

L'intérieur des kystes est divisé en plusieurs loges, parfois très nombreuses.

Pour Malassez et de Sinéty, le véritable kyste uniloculaire n'existe pas et voici leur avis :

« Parmi tous les kystes que nous avons examinés, nous n'en avons pas rencontré un seul qui fût véritablement uniloculaire ».

« Les kystes multiloculaires sont des épithéliomas mucoïdes en pleine activité, et les uniloculaires des épithéliomas éteints ou presque éteints ».

Enfin voilà comment Quénu décrit en quelques mots la composition de ces kystes. Sa phrase est restée classique :

« En résumé, *une grande poche, de nombreux kystes*, entre le volume d'un pois et le volume d'une tête de fœtus à terme, *une masse aréolaire*, voilà les trois éléments communs à la plupart, sinon à tous ».

Nous passons sur le liquide contenu dans les kystes, très variable de couleur et de composition, qui n'offre pas d'intérêt pour la question qui nous occupe.

PATHOGENIE ET DEVELOPPEMENT

Le mode de début des kystes de l'ovaire est encore mal connu. L'opinion de Malassez et de Sinéty est encore celle qui prime actuellement. Ils pensent : « que l'épithélium germinatif est l'origine la plus fréquente des cysto-épithéliomes, si ce n'est la seule ».

Waldeyer avait été un peu plus précis. Pour lui, l'origine des cysto-épithéliomes se trouve « dans les masses épithéliales arrondies ou allongées en tubes qui, dans les jeunes ovaires, sont les précurseurs des follicules ».

Et naturellement, il est obligé d'admettre le début du néoplasme chez de très jeunes sujets, ou le développement tardif des tubes embryonnaires de l'ovaire.

Mais si le mode de début est mal connu, l'évolution l'est beaucoup mieux et la façon dont se fait l'accroissement ou la diminution du nombre des loges a été longuement étudiée.

Sans reprendre les diverses hypothèses faites à ce sujet, nous nous occuperons seulement de la théorie contrôlée par le microscope et actuellement admise. Primitivement émise par Hodgkin, elle a été reprise et soutenue ensuite par Wilson Fox. Pour eux, le dé-

veloppement de poches secondaires s'explique par la présence des formations tubo-glandulaires dont nous parlions tout-à-l'heure à propos de la couche interne. Le mécanisme seul a été un peu discuté.

Pour Fox, les cavités closes résultent de la fusion des prolongements papillaires, tandis que pour Waldeyer, l'oblitération de la glande se ferait, non par le stroma péri-glandulaire, mais par le contenu même des tubes, d'une manière analogue aux kystes sébacés. Des débris épithéliaux se mêlant au contenu gélatineux de ces glandes, en obstruent l'orifice, d'où dilatation secondaire; (on peut d'ailleurs dans certains kystes, observer sur la paroi interne de petits orifices à travers lesquels, en pressant légèrement, on fait sourdre une matière gélatineuse », et le kyste secondaire offre alors la même structure que le kyste primitif; il pourra donc donner lieu aussi à la formation d'un kyste tertiaire, et ainsi de suite.

On comprend ainsi l'aspect microscopique varié qu'e peuvent prendre les cysto-épithéliomes, ces grappes de kystes qu'on observe dans une même poche.

De même la rupture du pédicule de ces végétations kystiques peut donner naissance à ces masses arrondies, translucides, qui flottent parfois dans le liquide des grands kystes et que les anciens ont pu prendre pour des hydatides.

Dans l'intérieur des grands kystes, on peut aussi voir nettement des restes de cloisons atrophiées. Malassez et de Sinéty se sont basés sur ce fait pour expliquer entièrement l'évolution des cysto-épithéliomes.

Ces vestiges de cloisons démontrent clairement l'existence d'anciennes poches secondaires qui se sont rompues. Il se produit donc, dans les cysto-épithéliomes, un double travail. D'une part la destruction des cloisons entraîne la diminution du nombre des loges, d'autre part la formation de nouveaux kystes secondaires en amène au contraire l'augmentation. Suivant que l'un des deux processus l'emporte sur l'autre, la tumeur peut subir de nombreuses modifications. Un kyste pauciloculaire peut devenir multiloculaire et réciproquement.

Notons aussi en terminant l'opinion émise par Landouzy et Galippe d'une origine microbienne des kystes de l'ovaire. Depuis 1887 cette opinion n'a pas été à nouveau contrôlée.

MODE D'ÉVOLUTION

L'évolution des kystes de l'ovaire peut se résumer dans les trois catégories suivantes :

1° La tumeur peut rétrograder, fait très rare.

Dans ce cas, le nombre des loges diminue, le liquide se résorbe, le kyste s'affaisse ou peut s'incruster de sels calcaires, ou encore subir la dégénérescence graisseuse, mais ne disparaît jamais complètement.

2° La terminaison fatale peut survenir par le fait d'accidents survenant à la suite de l'augmentation du kyste, (phénomènes de compression, rupture, torsion du pédicule suivie d'hémorrhagie-intra kystique), ou l'infection de la tumeur (inflammation, suppuration).

3° Enfin le kyste peut dégénérer et emprunter à cette dégénérescence ses caractères malins.

Cette dégénérescence peut s'effectuer sous diverses formes.

a. — Forme végétante papillaire.

b. — Forme épithéliomateuse (1)

c. — Forme carcinomateuse.

1. Nous entendons par dégénérescence épithéliomateuse, le processus par lequel les cysto-épithéliomes abandonnent la forme kystique pour se rapprocher de plus en plus de l'épithélioma vrai.

Le caractère malin des deux dernières formes n'est pas à discuter ; quant à celui de la forme végétante papillaire, il est généralement admis et nous ne pouvons mieux faire, à ce propos, que de citer la phrase de Quénu :

« L'existence des végétations dans un kyste a cette importance, qu'elle indique nettement une grande exubérance dans le travail morbide. »

Et ces diverses formes sont alors susceptibles de généralisations ou de métastases.

DIAGNOSTIC CLINIQUE DE LA MALIGNITÉ

Il est souvent possible, cliniquement, de diagnostiquer la malignité d'un kyste, et par cela même de garder toutes réserves sur les résultats éloignés de l'opération.

Ce diagnostic peut se faire, avant pendant et après l'intervention.

AVANT L'INTERVENTION.

Amaigrissement rapide et prononcé, teint cachectique, rappelant plutôt le facies néoplasique que le classique facies ovarique, sont les premiers signes qui peuvent tout d'abord éveiller l'attention du chirurgien.

Même s'il ne trouve pas d'autres signes de malignité, il aura des doutes, il sentira que sa malade n'est pas seulement affaiblie à la suite des troubles que peut amener la présence d'une simple tumeur bien localisée, mais que l'organisme est envahi d'une façon beaucoup plus sérieuse.

Un œdème précoce des jambes, c'est-à-dire survenu avec une tumeur de faible volume, ainsi qu'une *ascite* assez considérable, survenue sans douleur, feront pressentir un processus malin.

Avec l'ascite on se trouve souvent en présence d'un

kyste à végétations papillaires externes ; ces végétations, irritant constamment le péritoine, y déterminent une réaction qui se traduit par la production de liquide exsudatif.

Dans les observations du docteur Cerné, s'en trouve une tout à fait caractéristique à ce sujet et sur laquelle le hasard a permis de poser, avant l'intervention, un diagnostic tout-à-fait précis.

En pratiquant la ponction de l'ascite, le trocart détacha une végétation papillaire qui fut ainsi entraînée au dehors et put être examinée au microscope. Ce qui permit, avant toute intervention, de poser le diagnostic certain de kyste végétant papillaire.

Si enfin, dans la tumeur, on sent de grosses masses indurées, si surtout on en perçoit aussi dans le péritoine avoisinant, le doute n'est plus possible, le kyste est nettement dégénéré.

A joindre à cela l'apparition d'un *épanchement pleural*, se développant insidieusement, d'autant plus redoutable si le liquide est hémorrhagique.

A mentionner aussi l'hypoazoturie donnée par Thiriar comme signe certain de dégénérescence d'un kyste de l'ovaire. Ce symptôme est très discuté. Pour notre compte nous ne l'avons pas rencontré dans nos observations. En tous cas, sa présence dans d'autres états pathologiques lui enlève toute valeur pathognomonique.

PENDANT L'INTERVENTION.

De nombreuses végétations papillaires sur la surface externe du kyste, parfois greffées aussi sur le péritoine,

une *substance gélatineuse* remplissant la cavité péritonéale et rappelant l'aspect du frai de grenouille sont les premiers signes de malignité qui peuvent se présenter au chirurgien immédiatement après l'incision de la paroi.

Nous verrons un peu plus loin la structure de ces diverses formations.

Nous ne parlons pas du liquide ascitique qui peut s'échapper au moment de l'ouverture de la cavité péritonéale, le chirurgien l'ayant diagnostiqué avant l'intervention.

Voilà aussi ce qui peut se produire *au moment de la ponction*. On se trouve en présence d'un kyste assez volumineux, on enfonce le trocart, le vide est fait, et c'est à peine si la canule donne issue à quelques gouttes de liquide. On recommence à côté, le résultat est encore le même.

Le kyste ne contient que peu de liquide, l'élément solide, proliférant, l'a presque complètement envahi. La tumeur s'éloigne de la forme kystique et par cela même se rapproche de l'épithélioma vrai.

Enfin un dernier point sur lequel on n'a pas encore insisté, c'est *l'aspect des adhérences*.

Les adhérences sont très fréquentes autour des kystes de l'ovaire, à moins que l'on opère la tumeur dès le début de son développement. Ces adhérences, saignant plus ou moins facilement, sont en général faciles à rompre.

Mais il peut arriver de rencontrer une adhérence assez volumineuse, donnant lieu à une sensation particulière d'induration et paraissant faire corps avec la

tumeur. En la déchirant, il semble bien que l'on se trouve dans du tissu cancéreux, que l'on n'est plus en présence d'une simple adhérence inflammatoire, mais bien d'un véritable néoplasme dérivé de la tumeur kystique dégénérée.

Dans deux observations du D^r Cerné, le fait est caractéristique.

APRÈS L'INTERVENTION.

Ce paragraphe rentre dans l'anatomie pathologique pure de la dégénérescence, il comprend le double examen, macroscopique et microscopique de la tumeur.

a. — *Noyaux indurés*. — On sent, dans la paroi du kyste, des noyaux plus ou moins volumineux dont la masse incisée présente l'apparence d'un carcinome.

b. — *Prédominance de l'élément solide*. — Dans ce cas, l'attention du chirurgien a déjà été éveillée pendant l'intervention, et l'examen macroscopique de la tumeur ne fait que confirmer son opinion. On se trouve en présence de nombreuses loges dont une ou plusieurs peuvent être plus volumineuses, et les liquides contenus dans chacune peuvent être aussi très différents d'aspect.

c. — *Végétations papillaires*. — Nous ne parlerons de ces néoformations que macroscopiquement car avec le microscope on peut rencontrer, dans leur structure, les éléments les plus divers, (tissu conjonctif, sarcomateux, myxomateux, fibreux, épithélial, kystique, glandulaire, carcinomateux).

On peut rencontrer des végétations papillaires, aussi bien sur la surface externe que sur la surface interne des kystes. Leur présence sur la surface externe détermine, d'une façon presque constante, la production d'ascite.

Ces végétations peuvent atteindre un volume considérable, jusqu'à rappeler l'aspect du chou-fleur. Détachées, elles se greffent sur le péritoine.

Un kyste rempli de végétations internes peut également se rompre et subir une sorte d'inversion, la face interne devenant externe; l'ovaire et le ligament large sont alors recouverts par des végétations et l'on ne trouve plus de cavité kystique.

Dé couleur grisâtre, plus ou moins frangées, ces végétations peuvent être remplacées par des granulations vésiculeuses, rappelant l'aspect du frai de grenouille, et pouvant se trouver en telle abondance qu'elles remplissent la cavité péritonéale.

Examen microscopique. — Nous en empruntons la description à Poupinel.

1° *Dégénérescence épithéliomateuse.* — « On peut rencontrer des néoformations épithéliales de plusieurs types. Tantôt ce sont des petites cavités microscopiques, tapissées par un épithélium plat, cylindrique, à cils vibratiles ou caliciformes, de véritables kystes en miniature, tantôt les cavités affectent la disposition de tubes simples ou ramifiés avec revêtement épithélial plat, cylindrique, à cils vibratiles ou caliciforme (tumeurs adénoïdes, cysto-adénomes); d'autres fois le revêtement épithélial est composé de grosses cellules

bourgeonnantes, à un ou plusieurs noyaux (cellules épithéliales métatypiques de Malassez). Enfin, dans un quatrième type des néoformations épithéliales, on peut voir partir des prolongements cellulaires pleins ».

2° *Dégénérescence carcinomateuse* - « Dans certaines tumeurs, ces productions sont excessivement développées et constituent un tissu qui présente tous les caractères microscopiques des carcinomes (travées fibreuses formant des cavités alvéolaires et, dans ces cavités, amas de cellules dites épithélioïdes).

La nature épithéliale de ces cellules carcinomateuses paraît indéniable à MM. Malassez et de Sinéty, 1° en raison de la continuité de tissu qu'on peut constater entre ces amas de cellules carcinomateuses et des revêtements de kystes franchement épithéliaux ; 2° en raison de l'existence, dans ces masses carcinomateuses, de petites cavités qui ne sont nullement dues à une dégénérescence quelconque de cellules et qui sont tapissées par des éléments nettement épithéliaux ».

STATISTIQUES

Nous avons consulté un assez grand nombre de tableaux statistiques publiés par divers chirurgiens français ou étrangers sur les résultats opératoires des kystes de l'ovaire.

Malheureusement la plupart de ces tableaux donnent surtout les résultats opératoires immédiats, alors que les résultats thérapeutiques nous importent seuls. Aussi avons-nous dû en éliminer la plus grande partie et nous borner à en examiner trois seulement.

Le premier de ces tableaux nous a été très obligeamment fourni par notre maître le docteur Cerné qui a également mis tous ses documents à notre disposition, et a guidé nos recherches de sa savante expérience.

Le second, du docteur Barrette de Caen, a été publié dans l'année médicale de Caen de 1895.

Enfin le troisième, du professeur Terrier, est l'ensemble des huit séries qui ont été successivement publiées dans la *Revue de chirurgie* de 1882 à 1891.

Dans ces diverses statistiques, nous avons noté, le nombre de cas opérés, le nombre de cas déclarés malins au moment de l'intervention et enfin le nombre de récidives constatées.

Comparons-les dans le petit tableau ci-dessous.

Nom de l'opérateur	Nombre de cas opérés	Nombre de cas déclarés malins au moment de l'intervention		Récidives ou généralisations post- opératoires
		avec généralisations ou greffes	sans généralisations ni greffes	
Cerné.....	23	9	3	10
Barrette...	25		2	2
Terrier....	200	3	13	10

La plus simple de ces statistiques est celle de Barrette de Caen. Sur 25 cas, deux sont déclarés présenter des caractères de malignité au moment de l'intervention et tous deux récidivent.

A remarquer toutefois que ni l'un ni l'autre des deux cas ne présentait déjà de généralisation au moment de l'intervention et qu'on eût été en droit de porter un pronostic assez favorable.

Dans la statistique du Dr Cerné, sur 12 cas ayant présenté des caractères de malignité au moment de l'intervention, nous en notons 10 comme récidives certaines.

Sur ces dix, 7 sont mortes des suites constatées de généralisation, 3 autres malades sont parties n'ayant subi qu'une laparotomie exploratrice; elles n'ont pas été revues, mais leur malheureux sort ne peut être mis en doute.

Deux seules, et ce sont les malades des deux dernières observations, peuvent être comptées comme guéries, mais sous toutes réserves croyons-nous. Car à

la lecture de ces deux observations, malgré le relèvement rapide qui a suivi l'opération, on a tout lieu de craindre une récurrence. Ces malades ne sont pas encore revenues voir le Dr Cerné, malgré ses conseils, et il n'est parvenu aucune nouvelle à leur sujet.

Leur guérison s'est-elle maintenue ?

Dans les hôpitaux de province, nombre de malades viennent des campagnes avoisinantes et il est souvent difficile de les revoir.

Un point également à remarquer c'est que toutes les récurrences ou généralisations se sont produites dans des cas présentant des caractères de malignité au moment de l'intervention. On a cependant publié des cas de kystes de l'ovaire paraissant bénins au moment de l'intervention et ayant récidivé. Et cette récurrence peut se produire très tardivement. Audry cite le cas d'une récurrence au bout de huit ans.

Et somme toute, si les kystes de l'ovaire, même d'allures bénignes, peuvent aussi être assimilés à des épithéliomas, ce sont alors des épithéliomas bien enkystés, sans envahissement ganglionnaire et présentant les plus grandes chances de guérison.

Mais comparons le pourcentage de nos trois statistiques.

Cerné.	30, 3 0/0
Barrette	8 0/0
Terrier	5 0/0

Comment expliquer cet écart de 30, 3 à 8 et 5 ?

La fréquence plus grande du cancer en Normandie

qui a été signalée, pourrait créer dans cette région des circonstances particulièrement néfastes à l'évolution des kystes de Povaire. Mais alors la statistique de Bârette de Caen devrait donner aussi un pourcentage élevé.

Il est vrai que pour ce dernier nous n'avons pu consulter qu'une seule série de ses interventions ; une autre série serait peut-être moins favorable ?

L'ensemble des cas du Dr Cerné, bien que formant un total relativement peu nombreux, est fourni par son service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, depuis plusieurs années. Et de parti pris M. Cerné a opéré tous les cas qui se sont présentés à lui. Aussi cet ensemble de cas non choisis offre-t-il plus d'importance qu'une série isolée.

Car il doit se trouver un assez grand nombre de kystes dégénérés non opérés, pour lesquels le chirurgien n'a pas voulu courir les risques d'une intervention non curative. Et cependant, comme on le verra plus loin dans les observations du Dr Cerné, la laparotomie exploratrice, convenablement pratiquée, n'offre aucun danger et présente presque toujours des avantages. Aucune malade de M. Cerné n'a succombé des suites de la laparotomie exploratrice. Et cette exploration permet parfois de pratiquer une opération complète qui n'était pas jugée possible.

Si cette opération complète n'est pas possible, le chirurgien a tout fait dans l'intérêt de sa malade et possède alors la certitude de sa malheureuse impuissance.

La laparotomie, qui reste purement exploratrice, est à peu près constamment suivie d'une amélioration de quelque temps.

Naturellement le chirurgien doit être très circonspect sur la conduite qu'il doit tenir après l'incision de la paroi, lorsqu'il s'est rendu compte de l'état des choses. Si la tumeur a largement envahi les organes avoisinants, il ne devra pas tenter une extirpation qui ne pourrait pas être complète et exposerait à de graves dangers d'hémorrhagies qui ne pourraient être enrayées, ou à de nombreuses déchéances intéressant d'importants organes.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Tous les kystes prolifères de l'ovaire peuvent être considérés comme des épithéliomas, et comme tels sont susceptibles de se généraliser sans subir d'autres transformations.

S'ils ne se généralisent pas plus souvent c'est que l'enkystement est un obstacle à cette évolution.

2° La généralisation ainsi que la dégénérescence carcinomateuse ou papillaire étant toujours à craindre, il importe d'opérer les kystes de l'ovaire le plus tôt possible.

3° Les kystes de l'ovaire qui ne sont pas généralisés ni dégénérés au moment de l'intervention, présentent de grandes chances de guérison définitive ; mais dans le cas contraire, même s'ils sont simplement dégénérés sans généralisation aucune au moment de l'intervention, le pronostic est toujours très grave.¹

4° A moins d'un affaiblissement extrême de la malade, la laparotomie exploratrice doit toujours être pratiquée.

OBSERVATIONS

Voici maintenant les douze observations de kystes malins du docteur Cerné, dans lesquelles nous avons puisé la plus grande partie des éléments de notre travail.

L'observation III est seule discutable. Dans celle-ci la malade, morte deux jours après l'opération, était atteinte d'un cancer de l'estomac. Y a-t-il là relation ou simple coïncidence?

Pour faire rentrer cette observation dans le cadre malin, nous nous sommes appuyé sur l'observation XXVIII de la thèse de Poupinel dans laquelle la femme ayant subi une première ovariectomie, dut en subir une seconde trois ans après, et finalement mourut de cancer de l'estomac au bout de deux autres années. Il semblait bien y avoir là autre chose qu'une simple coïncidence.

Dans les observations II et VIII, on trouvera les exemples de ces adhérences suspectes dont nous avons parlé à propos du diagnostic clinique au moment de l'intervention.

Les observations VII, IX et X sont celles des malades ayant subi la laparotomie exploratrice simple. Bien qu'améliorées à leur départ et n'ayant pas été revues dans la suite, la terminaison fatale n'est pas douteuse.

C'est également dans l'observation X que le diagnostic de kyste papillaire a pu être porté au moment de la ponction, une végétation s'étant engagée dans la canule.

OBSERVATION I

M..., 47 ans, entre dans le service du Dr Cerné le 5 juillet 1891.

Ne peut donner de renseignements sur ses antécédents héréditaires.

A été régulièrement réglée de 12 ans jusqu'à 44 ans.

Erysipèle il y a 15 ans et fièvre typhoïde il y a 4 ans. A guéri complètement.

Depuis la ménopause, fleurs blanches abondantes.

Des douleurs lancinantes sont survenues depuis trois mois, siégeant dans le côté gauche de l'abdomen.

Distension de la paroi abdominale, de plus en plus accentuée. Ces phénomènes sont accompagnés de troubles digestifs, vomissements et constipation. La malade urine peu et difficilement.

Son facies est très pâle et son amaigrissement prononcé.

La paroi abdominale est très distendue, avec dilatation des veines sous-cutanées. Il y a même à droite de l'œdème de la paroi abdominale. Œdème des jambes.

Rien aux poumons. Prolongement du premier bruit du cœur. Pas d'hypertrophie du foie.

Une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, permet d'obtenir un liquide séro-sanguinolent.

Au toucher vaginal, on trouve un col un peu aplati. Pas de déviation utérine. On sent une tumeur qui proémine dans le cul-de-sac postérieur.

Ventre uniformément distendu, non étalé; ligne de matité convexe supérieurement.

Tout cela paraît absolument en faveur d'un kyste ovarique.

Opération le 19 juillet 1891.

Chloroformisation facile malgré la dyspnée.

Aussitôt le péritoine incisé, il s'écoule un liquide séro-sanguinolent très abondant, qu'on peut évaluer à près de dix litres. On peut voir alors que les anses intestinales sont agglutinées, retenues dans la profondeur par des végétations rouges, saignantes, partant de la partie supérieure d'un kyste.

Ces masses saignant abondamment doivent être enlevées, à savoir : masses adhérant à l'épiploon, au péritoine pariétal, à l'iliaque, masses énormes remplissant le cul-de-sac de Douglas.

Cela étant rapidement fait, la partie inférieure protégée par des éponges, l'épiploon est attiré pour faire des ligatures. On y trouve d'abondantes masses indurées dont les deux principales sont enlevées : 1° dans l'épiploon, jusqu'à des noyaux d'infiltration avoisinant l'estomac : 2° dans la région splénique.

Le tout forme à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme. Quant au kyste, il est tellement adhérent sur les côtés qu'il est inutile de songer à l'enlever. Il est ponctionné, puis ouvert, on y trouve des végétations sem-

blables à celle de l'extérieur, il est alors nettoyé et résé-
qué autant que possible,

Pas d'autres ligatures que celles de l'épiploon.

Sutures de la paroi au-dessus du kyste qui est compris
à la partie supérieure par un fil accolant le tout. Abandon
du kyste à la partie inférieure.

Drain au-dessus et au-dessous du kyste. Gaze iodoformée dans sa cavité.

Suites absolument simples. Ablation des drains après
24 heures, du tampon après 48 heures.

L'anémie est considérable, cependant le relèvement se
fait vite. Disparition progressive des accidents.

L'œdème diminue d'abord à la paroi, puis aux jambes,
il revient, puis disparaît enfin définitivement au bout d'une
quinzaine de jours.

Diarrhée d'abord, et surtout inappétence complète.

Lavements alimentaires. L'appétit est très long à reve-
nir. Il ne revient vraiment qu'au bout de trois semaines.
Alors les joues commencent à se colorer et la malade
peut se lever à la cinquième semaine.

La sécrétion du kyste a été très faible. Il reste pendant
près de deux mois un petit bourgeon charnu, pansé au
chlorate de potasse, puis à l'iodoforme.

La malade sort en très bon état.

Mais trois mois après, elle rentre avec une ascite énorme
nécessitant plusieurs ponctions.

Mort.

À l'autopsie, nombreuses masses cancéreuses dans le
péritoine.

Le catgut des sutures épiploïques est retrouvé presque intact.

OBSERVATION II

S..., 24 ans, entré le 24 mars 1892.

Antécédents héréditaires et personnels. — Nuls.

Depuis le mois de décembre 1891, à la suite de vives douleurs dans le ventre, cette malade voit celui-ci augmenter de volume.

Après une période assez calme, le volume du ventre augmente encore, surtout du côté gauche et l'œdème apparaît aux jambes.

Quand elle entre dans le service du Dr Cerné, les douleurs ne sont pas très vives, mais l'état général paraît très mauvais. Les règles sont supprimées depuis trois mois et remplacées par un écoulement leucorrhéique non fétide.

Ascite légère développée autour d'une tumeur volumineuse, dure, résistante, ne paraissant pas bosselée.

Utérus normal et mobile.

Laparotomie le 1^{er} avril.

Découverte de la tumeur par une longue incision remontant au-dessus de l'ombilic et donnant issue à un peu de liquide ascitique. La tumeur est alors ponctionnée et l'on extrait six litres de liquide.

Malgré cela il est impossible de dégager complètement la tumeur qui adhère profondément sans que l'on puisse bien se rendre compte de la nature de l'obstacle; des adhérences, d'ailleurs peu serrées, des faces antérieures, postérieures et latérales étant facilement rompues.

D'autre part, le pédicule, large, souple, est découvert à droite, lié et détaché, sans donner la moindre mobilité.

En présence de cette situation, il est procédé à un véritable morcellement. Un lien de caoutchouc est glissé aussi bas que possible et la tumeur est sectionnée au-dessus. On peut alors abaisser le lien dans le bassin et en procédant par tranches on arrive jusque sur l'adhérence qui consiste en une attache dure et résistante dans le cul-de-sac de Douglas sur le côté droit du rectum.

A ce moment, il n'y a plus de suintement sanguin et, avec précaution, toutes les parties qui paraissent enlevables sans blesser le rectum sont grattées à la curette.

Une mèche de gaze iodoformée enveloppant un drain est portée près du rectum et sort par la partie inférieure de l'incision. Sutures.

Suites très bonnes. Il se forme seulement un petit abcès autour d'une des sutures. La malade sort en excellent état, n'ayant plus qu'une petite plaie superficielle insignifiante.

Cet état se maintient durant une année, pendant laquelle la malade ne ressent aucune douleur et engraisse notablement.

Mais de nouveau les douleurs réapparaissent, le volume du ventre augmente avec rapidité, cette fois surtout à gauche.

L'état général est meilleur qu'à la première intervention.

Deuxième laparotomie le 10 octobre 1893.

Même tumeur de l'ovaire gauche qui avait pourtant paru sain à la première intervention. Opération rapide. Péli-

cule long et mince. Il y a encore adhérence avec le cul-de-sac de Douglas et la rupture de cette adhérence donne lieu à la production d'une hémorrhagie veineuse assez abondante qu'il est nécessaire d'arrêter par la compression.

Mèche de gaze iodoformée dans le cul-de-sac de Douglas. Sutures.

Le huitième jour, à la suite d'efforts en allant à la selle, la malade perçoit un grand craquement dans son ventre. C'est la suture qui a cédé sur une étendue de six à sept points et l'on voit par l'ouverture béante une anse intestinale maintenue par des adhérences.

On refait immédiatement une nouvelle suture aux crins et au fil d'argent. Réunion complète.

La malade sort en excellent état.

Mais peu de temps après, elle rentre une troisième fois présentant dans la cavité abdominale une masse dure adhérente à l'ombilic avec ascite.

Elle meurt rapidement dans un état cachectique.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION III

L..., 46 ans, entrée le 8 avril 1895.

Cette malade se présente avec un ventre énorme qui se serait particulièrement développé, paraît-il, depuis quatre à cinq mois seulement.

Elle est pâle, le teint mauvais, vomit souvent, mais affirme qu'elle a toujours eu mauvais estomac et qu'elle

n'a pas remarqué de changement appréciable de ce côté depuis l'augmentation du volume de son ventre.

Cedème des parois abdominales et lombaires. Très peu d'œdème des jambes. Ascite.

Pas d'albumine. Rien au cœur.

Au palper, on sent une tumeur dure, très inégale.

Grande hésitation pour l'opération. Cependant, après une dizaine de jours de repos, comme la malade paraît se remonter, l'opération est décidée.

Kyste de l'ovaire en grande partie infiltré dans le mésocolon iliaque. Opération difficile et assez longue par suite de la nécessité de refaire un méso sur une assez grande étendue.

Cependant l'opération est bien supportée.

Douleurs nulles ou à peu près à la suite. Pas de vomissements. Mais grand affaiblissement.

Mort au bout de 48 heures.

A l'autopsie, pas de péritonite apparente.

Néoplasme infiltré de l'estomac.

OBSERVATION IV

J... 53 ans, cultivatrice, entrée le 31 mars 1896.

Père mort de paralysie, mère morte asthmatique.

Mari bien portant, une fille bien portante.

Réglée à 15 ans. Grossesse et accouchement normaux à 18 ans 1/2.

Fièvre typhoïde il y a 20 ans.

Fréquentes attaques de rhumatisme.

Peau sèche et squameuse depuis l'enfance.

Depuis trois ou quatre ans, douleurs dans le ventre, s'irradiant vers l'anus. Il y a trois mois la malade a dû prendre le lit et c'est depuis cette époque qu'elle s'est aperçue de l'apparition d'une tumeur qui aurait commencé dans le côté gauche.

Actuellement, la tumeur occupe sur la ligne médiane toute la région sous-ombilicale. De la grosseur d'une tête de fœtus, elle paraît peu mobile, rénitente, avec des points fluctuants, surtout à droite.

A gauche on sent des noyaux de la grosseur d'un œuf.

Elle paraît emplir entièrement la fosse iliaque droite et est plus douloureuse à gauche.

Au toucher, on sent que la tumeur occupe tout le bassin, surtout dans la partie droite. Elle paraît plus libre à gauche. L'utérus paraît faire corps avec elle.

L'orifice utérin est fortement reporté à gauche et en avant.

Dans le cul-de-sac postérieur, on a en un point la sensation de flot.

Pas d'œdème. Pas d'ascite.

Amaigrissement prononcé et teint jaunâtre.

A une base, respiration soufflante.

Laparotomie le 8 avril 1896.

Incision médiane du pubis à l'ombilic.

La tumeur paraît se décoller assez facilement, du moins dans la partie antérieure.

La ponction donne issue à 1 litre 1/2 de liquide chocolat, puis la tumeur s'affaisse.

A la partie antérieure et à droite, un diverticulum parti du côté gauche semble contourner la tumeur.

Les parois paraissent de la même consistance que celles de la tumeur.

A la partie supérieure, adhérences avec une anse d'intestin grêle et avec l'épiploon. Section de ces dernières adhérences. Après ce temps, la main contourne la tumeur et la trouve incluse dans le ligament large.

C'est un kyste de l'ovaire gauche.

Décollement assez difficile de la majeure partie de la tumeur. Dans ces efforts, la tumeur est ouverte par les doigts. Il sort encore du liquide brunâtre et du coagulum de la grosseur d'une noix, à l'aspect blanchâtre et organisé.

La tumeur est pédiculisée. Le pédicule comprend une petite portion du diverticulum signalé plus haut et qui paraît accompagné d'une trompe. Ligature en chaîne et à la soie.

La tumeur occupait tout le petit bassin, refoulant l'utérus en avant. C'est ainsi qu'immobilisée, la tumeur pouvait faire croire à des adhérences très sérieuses et à la participation de l'utérus.

Il reste, après qu'elle est enlevée, une énorme cavité dans le cul-de-sac de Douglas qui est formée à l'aide d'une suture en bourse, au catgut.

Suture au catgut du péritoine avec le feuillet postérieur de l'aponévrose du muscle droit de haut en bas, puis le feuillet antérieur de bas en haut.

Sutures superficielles au crin de Florence.

Suites absolument simples.

Examen de la pièce. — La tumeur examinée après l'opération présente à sa surface de petits kystes assez nombreux.

Le diverticule fait partie du kyste dans lequel il s'ouvre.

La trompe qui l'accompagne s'ouvre dans ce diverticule.

La surface interne du kyste est lisse, mais celle du diverticule est couverte de végétations.

Au microscope on trouve, dans l'épaisseur de la paroi des boyaux semblant être épithéliomateux.

1899. — D'après le médecin qui la soignait, il y aurait eu récédive très rapide, peut-être un mois après.

S'agit-il d'une reproduction dans l'autre ovaire ou d'une généralisation péritonéale ?

Morte par cachexie.

OBSERVATION V

M..., 56 ans, entrée le 21 janvier 1897.

Pas d'antécédents héréditaires.

Aucune maladie antérieure.

Semble avoir eu un estomac assez mauvais.

Bien réglée à partir de l'âge de 13 ans.

Grossesse double à 26 ans. A partir de ce moment les règles ont cessé jusqu'à l'âge de 46 ans où elles reparaisent (irrégulièrement) jusqu'à maintenant. Il semble cependant que les dernières menstrues n'aient été qu'une perte.

Il y a trois ans la malade s'est aperçue de l'apparition

d'une tumeur dans le ventre, tumeur à peu près médiane, douloureuse à gauche et qui a toujours augmenté depuis lors.

Actuellement, le ventre est très développé, au dessous de l'ombilic, en apparence uniformément ; cependant la percussion montre immédiatement une sonorité dans presque tout le côté droit, alors que le côté gauche est complètement mat.

Palpation un peu douloureuse. On reconnaît facilement une tumeur bosselée, formée de masses arrondies dont la principale occupe le côté gauche, et qui semble présenter une assez grande mobilité.

Au toucher, col très mou, regardant en bas et semblant se continuer avec un utérus situé complètement en arrière, à gauche, enserré d'une tuméfaction qui occupe tout le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac droit.

Opération le 28 janvier 1897.

Après l'ouverture de la paroi, on tombe sur une tumeur multilobulée très vasculaire, qui, lorsqu'on essaie de la faire basculer, se déchire et saigne abondamment.

On la dégage très rapidement, heureusement il n'y a pas d'adhérences. Aussitôt que la tumeur est sortie du petit bassin, toute hémorrhagie est arrêtée.

Toilette soignée du péritoine.

Tumeur kystique multiloculaire, demi solide.

Suites très simples.

Rentrée deux fois dans le cours de 1897.

Des noyaux se reproduisent évidemment.

La première fois, probablement sur le pédicule avec

extension à l'épiploon, la deuxième fois, noyau dans la peau, près de la cicatrice.

L'état général ne décline pas encore trop et la malade sort après quelques jours de repos.

Rentrée à nouveau en 1898. Même état. Reste plusieurs mois réclamant une opération impossible.

Sortie à nouveau. Trouvée morte peu après, paraît-il, sur le seuil d'une porte.

OBSERVATION VI

F..., 49 ans, entrée le 19 juin 1897.

Aucun antécédent héréditaire.

Aucune maladie antérieure.

A eu cinq grossesses dont deux fausses couches.

Un seul enfant survit, les deux autres ayant succombé à des affections intestinales.

Ménopause survenue il y a deux ans.

Depuis quelque temps cette malade est oppressée. Les jambes sont enflées, surtout la gauche.

Le ventre est augmenté de volume, surtout dans la partie inférieure où il proémine.

Ombilic légèrement saillant.

Matité remontant sur la ligne médiane à peu près à l'ombilic et occupant tout le flanc gauche, tandis que le flanc droit présente une sonorité à peu près normale.

En déprimant la paroi abdominale, on sent dans la fosse iliaque gauche, une tumeur irrégulière qui paraît mobile, au moins partiellement.

Le toucher vaginal fait sentir une tumeur en arrière de l'utérus petit et libre.

Opération le 7 juillet 1897.

Injection préventive d'un litre de sérum artificiel au moment de l'opération.

Après l'incision de la paroi, issue d'une petite quantité de liquide ascitique.

On tombe sur deux tumeurs kystiques.

La tumeur gauche est relativement volumineuse. La poche n'est papillomateuse que sur une petite étendue, mais il y a des végétations en plusieurs points du péritoine avoisinant.

La tumeur droite est beaucoup plus petite et non dégénérée.

L'opération est régulièrement conduite.

Sutures au catgut. Drainage péritonéal à la gaze iodoformée.

La malade a bien supporté l'opération.

Suites simples. Mais la gaze a présenté de grandes difficultés pour son extraction. Il a fallu tirer à plusieurs reprises avec une très grande force. Suppuration légère quoiqu'assez longue. Appétit toujours nul. Cependant au moment de sa sortie la malade commence à manger.

Pas d'ascite. On ne sent rien dans le ventre.

Sortie le 12 septembre.

Rentre le 11 octobre, présentant surtout des signes d'obstruction intestinale et de cachexie graduelle avec insuffisance de l'hématose.

Le ventre est gros, mais sans ascite, peu douloureux au toucher, très douloureux spontanément.

Vomissements fréquents.

Affaiblissement graduel. Mort.

A l'autopsie, péritonite cancéreuse généralisée avec pus.

OBSERVATION VII

M..., 33 ans, entrée le 24 octobre 1897.

Femme dont le ventre a grossi rapidement depuis six mois. Amaigrissement prononcé.

Il s'agit d'une ascite relativement considérable à laquelle on ne trouve aucune cause générale.

On ne sent rien au palper et le toucher ne donne que la sensation d'un vague empâtement.

Ponction donnant issue à 12 litres du liquide clair.

On sent alors une tumeur dans le flanc gauche.

Laparotomie le 29 octobre 1897.

Nombreux noyaux sur le péritoine.

Kyste rétro-utérin avec végétations papillomateuses et adhérences.

Pas d'essai d'ablation. Drain et sutures.

Drain enlevé au bout de 48 heures.

Suites très bénignes.

Mais au départ de la malade, son ventre recommence à gonfler.

OBSERVATION VIII

M..., 29 ans, entrée le 31 mai 1898.

Pas d'antécédents héréditaires.

Habituellement bien portante et bien réglée, a eu deux enfants, le dernier il y a quatre ans.

Il y a deux ans, cette malade ressent des douleurs très vives dans le ventre, surtout à gauche, qui l'obligent à prendre trois mois de repos.

A cette époque, son ventre a augmenté de volume d'une manière notable, mais au bout de quelque temps, diminution de la douleur et du volume de la tumeur.

Il y a un mois, réapparition des mêmes symptômes, tumeur occupant presque tout l'abdomen, surtout à droite, très tendue, rénitente, proéminent nettement en avant.

Au toucher, utérus libre, mais peu mobile, corps difficile à atteindre. On ne sent pas la tumeur.

Intervention le 8 juin 1898.

Incision assez longue. Ponction avec le gros trocart, il s'écoule un liquide épais, brunâtre, par moments même des caillots obstruent le tube. La poche est donc remplie en grande partie par du sang.

Il y a peu d'adhérences à la partie inférieure, mais quelques-unes assez résistantes se rencontrent à la partie supérieure. Il se produit même une déchirure de la poche qui est comme greffée au méso-côlon.

Enfin la poche est rapidement retirée et ligature est faite du pédicule. Ce dernier d'ailleurs, assez long et assez souple, était tordu une fois sur lui-même, ce qui a dû être la cause des douleurs récentes et de la présence de sang dans la poche.

On enlève encore quelques adhérences à la partie supérieure, mais c'est avec grand'peine que l'on parvient à détacher la portion de la paroi qui est fixée sur le méso-côlon.

Sans autre signe, cette adhérence éveille l'idée de malignité.

Ablation de l'ovaire gauche qui paraît kystique.

Suture du péritoine.

On pratique l'omphalotomie afin de mieux affronter les lèvres de la plaie.

Pansement.

Suites normales.

Le 16 juin. — On enlève les points de suture.

La cicatrice paraît très bonne.

La malade mange bien, son facies redevient très bon.

Elle quitte l'hôpital le 25 juin en excellent état.

Maïs revue chez elle à la fin du mois d'août, elle est en complète généralisation péritonéale. Masses multiples, volumineuses au niveau du côlon, avec obstruction intestinale subaiguë.

OBSERVATION IX

F... 44 ans, entrée le 4 juin 1898.

Pas d'antécédents héréditaires.

Bien réglée à partir de 15 ans, a toujours eu des pertes blanches.

Huit accouchements sans complications, sept enfants vivants, le dernier a six ans.

A 17 ans, a fait une fièvre typhoïde sans complications.

Habituellement bien portante.

Au mois de décembre 1896, a commencé à souffrir dans le ventre, surtout à gauche ; a mis des vésicatoires, les douleurs ont disparu.

Au mois de janvier 1898 a été reprise de douleurs, toujours à gauche et depuis le mois de février, son ventre augmentant beaucoup de volume, la malade a dû s'aliter.

En avril et en mai, trois ponctions ramènent en moyenne une dizaine de litres de liquide, contenant une notable quantité de sang.

Amaigrissement et perte d'appétit.

Rien du côté urinaire.

Au moment de son entrée, le ventre de cette malade est modérément distendu et l'on sent au palper une masse irrégulière, occupant le flanc gauche et se dirigeant vers l'ombilic qu'elle atteint, sans qu'on puisse exactement savoir s'il y a une adhérence pariétale qui paraît probable.

Les orifices des ponctions eux-mêmes semblent indurés.

On ne trouve pas, au toucher, de relation entre l'utérus et la tumeur,

Pas d'œdème des jambes.

Intervention le 10 juin 1898.

Incision sur la ligne médiane, évacuation de liquide ascitique.

Le doigt introduit dans la plaie, on sent une masse adhérente à l'ombilic ; on constate d'ailleurs une généralisation assez avancée sur tout le péritoine.

On a affaire à un kyste dégénéré, que l'on retrouve, remplissant le petit bassin et de petit volume.

On introduit un drain et l'on suture.

Suites normales. On change le pansement tous les jours.

Le 20 juin. — L'ascite paraît un peu reformée. Après quelques hésitations, les points de suture sont enlevés.

Le 24 juin. — La malade sort avec une notable amélioration de son état général.

OBSERVATION X

D..., 35 ans, entrée le 8 octobre 1898.

Père mort de cancer de l'estomac.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans, la malade a eu un enfant à 28 ans.

Toujours bien portante habituellement.

Depuis le mois d'avril (il y a 6 mois) la malade a vu son ventre grossir et se croyait enceinte.

Au mois de juillet, elle fut prise de douleurs et absorba divers médicaments qui lui furent ordonnés.

Il y a un mois, elle dut s'aliter, son ventre continuait à grossir et ses douleurs devenaient très vives.

On lui fit trois ponctions à quinze jours d'intervalle dans le flanc droit et on retira chaque fois 8 à 10 litres d'ascite.

La malade a maigri pendant sa maladie.

Elle urine peu et difficilement. Elle n'a jamais eu de vomissements.

A l'examen, le ventre est distendu, l'ombilic est saillant.

A la percussion, matité dans les flancs, sonorité de la partie supérieure. Sensation de flot.

Le palper est douloureux à la partie inférieure de l'abdomen.

L'utérus est abaissé, très immobilisé et très gros. On sent une tumeur en avant, détachée de l'utérus et permettant de passer le doigt entre les deux.

Le foie est petit. La malade se plaint de maux de reins depuis sa maladie. Pas d'œdème des jambes.

Le 13 octobre. — Quatrième ponction, dix-huit jours après la troisième, sur la ligne blanche.

On retire environ 10 à 12 litres d'ascite.

Pendant la ponction, l'écoulement se trouve un instant arrêté par un papillome que l'examen histologique montre formé de larges cellules rondes à stroma fibreux.

Le 15 octobre. — Laparotomie exploratrice.

L'intestin paraît criblé de granulations cancéreuses.

Kyste végétant de l'ovaire droit avec des adhérences au rectum à gauche, libre en avant et à droite et permettant de le contourner.

On trouve autour du kyste des franges épiploïques adhérentes.

16 octobre. — Pas de réaction.

27 octobre. — On enlève les crins. La malade mange et dort bien. Elle se plaint seulement de douleurs dans le dos.

Mais le ventre paraît se distendre à nouveau.

Le 5 novembre. — La malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION XI

R..., 48 ans, débitante, entrée le 17 décembre 1898.

Pas d'antécédents héréditaires.

Six enfants. Accouchements normaux.

Debray

Ménopause à 42 ans et métrorrhagie abondante à cette époque.

Le ventre de cette malade a augmenté de volume depuis trois ou quatre mois, cette augmentation s'est surtout accentuée depuis trois semaines.

Mictions difficiles depuis quinze jours.

Douleurs dans le bas ventre, surtout à droite.

Amaigrissement ; inappétence ; constipation ; vomissements ; œdème des jambes.

Examen. — Ventre gros. Matité complète. Fluctuation. Palpation douloureuse, surtout à droite.

On n'atteint pas l'utérus attiré en haut.

On observe, à la partie supérieure du ventre, une zone de matité peu étendue, à concavité supérieure, s'étendant davantage à droite qu'à gauche.

Circulation collatérale exagérée.

Il semble que l'on sente au-dessous de l'ascite, une surface dure, occupant le côté gauche.

Ponction avec un trocart. On retire environ six litres de liquide ascitique, verdâtre, troublé de desquamations épithéliales.

Il semble après l'évacuation de l'ascite, qu'il y ait une tumeur à gauche, remontant jusqu'à l'ombilic et ne s'étendant pas en avant et à droite. Mais cette tumeur fluctuante, disparaît partiellement à la palpation, elle est probablement due à une partie de l'ascite, enkystée, car au-dessous on a une autre sensation plus vague de tumeur.

Rien au cœur. Foie volumineux.

Le 31 décembre 1896. — Laparotomie qui restera peut-être exploratrice, avec le plan incliné.

Ascite abondante. Noyaux épithéliomateux sur le bord supérieur de l'épiploon dans une étendue de quelques centimètres.

Sur le feuillet pariétal du péritoine, à la partie droite de l'incision, se trouve une masse jaunâtre, évidemment formée de noyaux épithéliomateux ramollis.

On trouve deux kystes ovariens, papillomateux, adhérant fortement à tous les organes avoisinants.

Cependant, ils sont rapidement enlevés, en détachant le tout avec la main, sans s'arrêter aux déchirures et à l'hémorrhagie.

Résection et ligature au catgut.

Nettoyage le plus soigné possible des adhérences aux ligaments larges et à l'intestin voisin.

Résection d'un gros lambeau épiploïque et cautérisation du moignon au thermocautère.

On gratte à la curette le foyer pariétal, envahi de dégénérescence papillomateuse presque purulente et on cautérise largement.

Nettoyage de la cavité pelvienne avec des éponges.

Sutures. — Drain entouré de gaze iodoformée.

Pansement. — 1^{er} janvier 1899. — Vomissements verdâtres. Pas de température. Suintement assez abondant de liquide par le drain.

3 janvier. — On enlève le drain. Etat général excellent. Pas de température.

8 janvier. — Constipation et vomissements. Lavement.

20 janvier. — Il se déclare un léger abcès à la partie inférieure de la section.

Etat général excellent. — La malade se lève. Facies très bon. Embonpoint notable.

6 février. — La malade sort. Sauf le léger abcès de la paroi, aucune suite apparente.

Le renaissement de cette femme a été extraordinaire.

Au moment de son départ, on ne sent dans le ventre aucun empâtement suspect.

OBSERVATION XII

G..., 31 ans, journalière, entrée le 30 mai 1899.

Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 14 ans. Toujours bien portante.

Il y a onze ans, accouchement normal.

Règles toujours régulières, pas d'écoulements.

Constipation constante. Urines claires.

Bon appétit.

Il y a cinq ou six ans, douleurs peu intenses dans le bas ventre, dans le côté droit, dans le dos. Nausées. Deux vomissements.

Il y a six mois, douleurs intenses dans le bas ventre, surtout à droite, dans le dos, dans la région lombaire.

Douleurs intenses intermittentes du côté du foie.

Il y a trois semaines, le ventre de cette malade a commencé à augmenter de volume.

Douleurs dans la cuisse droite depuis trois ou quatre jours.

Examen. — Ventre gros, ballonné. Cicatrice ombilicale étalée.

Sensation de flot.

Matité dans les deux tiers inférieurs, sonorité dans le tiers supérieur, à concavité supérieure, au niveau de l'ombilic et se déplaçant suivant la position de la malade. Ascite.

Flanc gauche mat. Flanc droit sonore (côlon).

Le 5 juin 1899. — Laparotomie sur plan incliné.

Issue d'une grande quantité de liquide ascitique.

A droite, présence d'un noyau papillomateux considérable sur le péritoine pariétal.

Profondément on aperçoit une masse ayant l'apparence de frai de grenouille ; cette masse, adhérente à l'utérus n'est autre chose que l'ovaire droit dégénéré.

Ablation après ligature du pédicule avec plusieurs forts catguts.

Dans cette masse on remarque des débris d'ovaire sain.

A gauche, noyau moins volumineux. Résection. Salpingectomie. Grattage du noyau péritonéal et nettoyage du péritoine à l'aide d'éponges sèches. Ablation très difficile et forcément incomplète.

Drainage à la gaze iodoformée. Suture à triple étage.

Quelques jours après on enlève la gaze. Il sort un peu de liquide. On met un drain.

14 juin. — On enlève le drain.

20 juin. — On enlève les crins. Pas de formation liquide.

1^{er} juillet. — Depuis quelque temps déjà la malade se lève.

Météorisme léger. Très bon état général.

2 juillet. — La malade sort en excellent état.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Poupinel.** — De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire (thèse de Paris, 1886).
- Hadjès.** — Contribution à l'étude de la généralisation des épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire, (thèse de Paris, 1889).
- Delpech.** — Clinique chirurgicale de Montpellier, t. II, 1828.
- Panas.** — Bulletin de la société de chirurgie, 1874.
- Bourguelle.** — Des suites éloignées de l'ovariotomie, dégénérescence cancéreuse consécutive à l'ovariotomie (thèse de Paris, 1884).
- Kohn.** — Zeitschrift für gebürtshülfe und Gynaekologie, 1886.
- Segond.** — Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, t. VIII.
- Malassez et de Sinéty.** — Archives de physiologie, 1879.
- Coyne.** — Traité d'anatomie pathologique.
- Cornil et Ranvier.** — Manuel d'histologie pathologique.
- Pozzi.** — Traité de gynécologie, 1892.
- Landouzy et Galippe.** — Journal des connaissances médicales, 1887, p. 57.
- Quénu.** — Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire non dermoïdes, Paris, 1881.

Barrette. — Etude sur une série de 25 cas de kystes de l'ovaire (Année médicale de Caen, mars à octobre, 1895).

Terrier. — Huit séries de 25 ovariectomies. (Revue de chirurgie de 1882 à 1891).

Audry. — Des récidives aberrantes et tardives des kystes de l'ovaire (Annales de gynécologie, septembre 1890).

Brunon. — Enquête sur le cancer en Normandie (Normandie médicale, 1891, n° 1, 2 et 3).

Vu : le Président de la thèse,
TILLAUX

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Historique.	10
Anatomie pathologique	13
Pathogénie et développement	17
Mode d'évolution	20
Diagnostic clinique de la malignité.	22
Statistiques	28
Conclusions	33
Observations.	34
Index bibliographique.	58

